

SEPA-Basis-Lastschrift/SEPA Core Direct Debit Mandate

Wiederkehrende Zahlung/Recurrent Payment

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Creditor's name & adress

LVD Krone GmbH Max-Eyth-Straße 1 48480 Spelle DE	Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier DE71ZZZ00000012271
	Mandatsreferenz / Mandate reference

Ich ermächtige/Wir ermächtigen LVD Krone GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LVD Krone GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise LVD Krone GmbH to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from LVD Krone GmbH.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Bitte ausfüllen/Please complete the fields.

<u>Kontoinhaber (Vorname, Name)/Name of debtor</u>	
<u>Straße, Hausnummer/Street name and number</u>	
<u>PLZ, Ort/Postal code and city</u>	
<u>Land/Country</u>	
<u>IBAN/Account number-IBAN</u>	
<u>BIC/Swift BIC</u>	<u>Name des Kreditinstituts/Name of bank</u>

<u>Ort, Datum/Location, date</u>	<u>Rechtsverbindliche Unterschrift(en) Kontoinhaber/Authorised Signature(s) debtor</u>
----------------------------------	--

Ausfertigung für die Bank des Zahlungspflichtigen/ Copy for debtors bank

SEPA-Basis-Lastschrift/SEPA Core Direct Debit Mandate

Wiederkehrende Zahlung/Recurrent Payment

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Creditor's name & adress

LVD Krone GmbH Max-Eyth-Straße 1 48480 Spelle DE	Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier DE71ZZZ00000012271
	Mandatsreferenz / Mandate reference

Ich ermächtige/Wir ermächtigen LVD Krone GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LVD Krone GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise LVD Krone GmbH to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from LVD Krone GmbH.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Bitte ausfüllen/Please complete the fields.

<u>Kontoinhaber (Vorname, Name)/Name of debtor</u>	
<u>Straße, Hausnummer/Street name and number</u>	
<u>PLZ, Ort/Postal code and city</u>	
<u>Land/Country</u>	
<u>IBAN/Account number-IBAN</u>	
<u>BIC/Swift BIC</u>	<u>Name des Kreditinstituts/Name of bank</u>

<u>Ort, Datum/Location, date</u>	<u>Rechtsverbindliche Unterschrift(en) Kontoinhaber/Authorised Signature(s) debtor</u>
----------------------------------	--

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger/ Original for creditor